DISSERTATION

N° 120.

SUR

L'HYDRENCÉPHALE AIGUË DES ADULTES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 2 juin 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J.-B. LEMOINE, de Château-Chinon,

Département de la Nièvre;

Bachelier ès-lettres, Bachelier ès-sciences; ancien Élève des hôpitaux civils de Paris.

Medicinam sola fecit observatio, eamque sola perfecit.

ZIMMERMANN.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN, *Président.*
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Suppléant.* BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois, *Examinateur.*
Berard.	Gerdy, *Examinateur.*
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart, *Suppléant.*	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

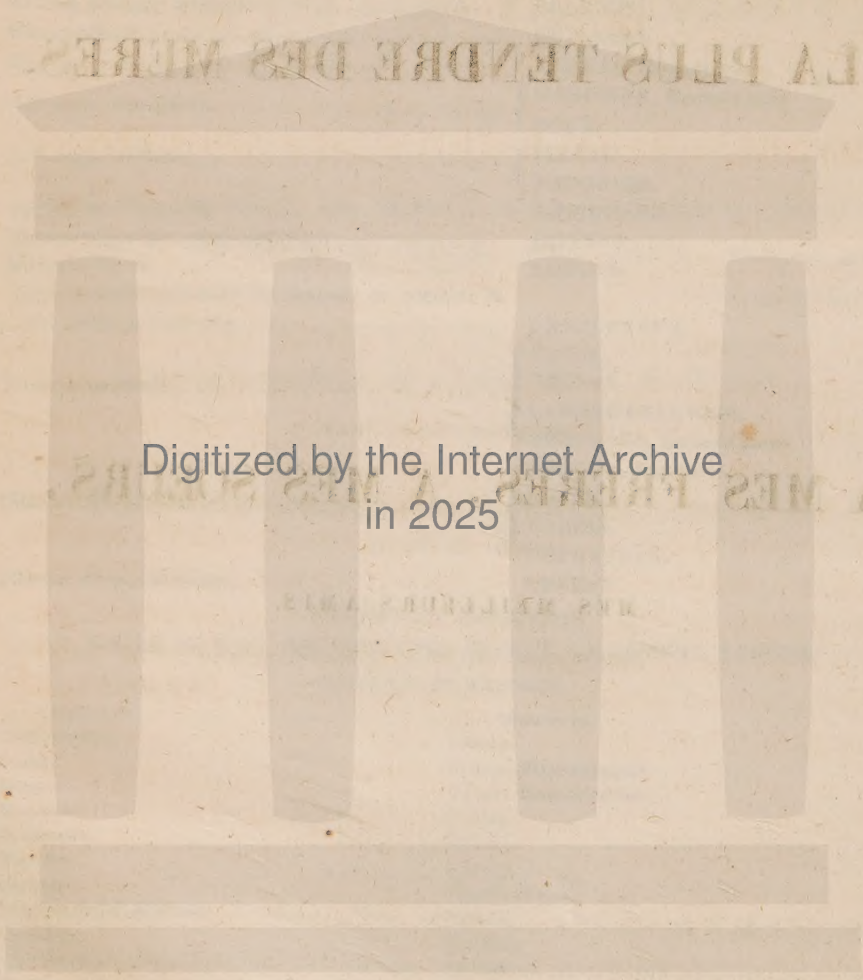
AU MEILLEUR DES PÈRES,

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

A MES FRÈRES, A MES SOEURS,

MES MEILLEURS AMIS.

J.-B LEMOINE.



Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0004jble

DISSERTATION

SUR

L'HYDRENCÉPHALE AIGUË DES ADULTES.

La maladie dont nous devons nous occuper dans cette dissertation a été connue jusque dans ces derniers temps sous le nom assez impropre d'*hydrocéphale*, nom qui, d'après l'étymologie, indique seulement une accumulation d'eau dans la tête, sans spécifier le siége précis de cette hydropisie. Aussi préférons-nous la désigner sous la dénomination d'*hydrencéphale aiguë*, qui lui a été imposée par M. *Coindet*, de Genève; ce nom, en rappelant que le liquide aqueux est épanché dans l'intérieur du cerveau, donne une idée bien plus exacte de l'affection. Nous avons cru utile, avant d'entrer en matière, de justifier la nouvelle dénomination que nous adoptons.

L'ordre que nous suivrons dans cette dissertation ne sera point précisément celui que l'on suit ordinairement : ainsi, nous commencerons par exposer brièvement l'historique de la maladie; puis nous passerons à l'étude de ses causes, et nous nous appliquerons surtout à faire connaître les lésions organiques qu'elle détermine; ces dernières connaissances étant acquises, nous pourrons définir la maladie et en exposer les symptômes. Éclairé ainsi par le flambeau de l'anatomie, nous ne craindrons pas de nous égarer dans le vague des

hypothèses. Notre marche, basée sur l'observation, sera plus certaine ; et les phénomènes morbides, se trouvant ainsi rapprochés des altérations organiques dont ils sont l'effet, seront plus faciles à saisir et à expliquer. Nous terminerons par le traitement.

Historique. On trouve, dans le Traité des maladies attribué à *Hippocrate*, un passage dans lequel les principaux traits de l'hydrencéphale aiguë sont tracés d'une manière laconique, mais précise (1). Nous ne sachions pas que d'autres auteurs anciens en aient parlé. Dans des temps plus rapprochés, nous voyons bien dans les ouvrages de *Jérôme Mercurialis*, de *Sennret*, de *Bonnet*, de *Borelli*, de *Sauvage* et de l'illustre *Morgani*, qu'ils ont reconnu la maladie du moins à l'autopsie, mais ils n'avaient sur sa nature que des notions extrêmement vagues.

Il faut arriver jusqu'à *Whytt*, médecin écossais, pour trouver quelques notions positives sur cette affection. Cependant, tout en la reconnaissant bien, il la croyait entièrement propre à l'enfance, et pensait que lorsqu'elle se manifeste chez les adultes, on doit la considérer plutôt comme une anomalie curieuse que comme un phénomène qui n'a rien que de très-naturel, et qui se rapproche entièrement de ce que l'on observe chez les enfans. Les auteurs qui sont venus après *Whytt* ont ajouté beaucoup à ce que l'on savait déjà sur la nature, les causes et les symptômes de cette affection ; ils ont constaté, par de nombreuses observations, qu'elle se développait assez fréquemment chez l'adule : aussi est-ce en réunissant et

---

(1) « Si aqua in cerebro fuerit, dolor acutus per synciput, et tempora emer-
« git, alias alio loco ; et rigor et febris alias, et regiones oculorum dolet, et
« cæcutit, et pupilla finditur, et ex uno duo se videre putat, et si surrexerit,
« vertigo ipsum corripit, et ventum non sustinet, neque solem et aures tin-
« niunt, ac inter audiendum srepitu offenditur et vomit salivam ac pituitam
« quandoque etiam cibos, et capitis cutis extenuatur, et contactu gaudet. »
(Lib. 2, De morb. n°. 15, edit. *Mari.*)

en rapprochant ces faits du petit nombre de ceux qu'il nous a été donné de recueillir, que nous avons décrit les phénomènes morbides de cette maladie.

Étiologie. On peut diviser les causes de l'hydrencéphale en trois ordres : 1°. en *causes prédisposantes*, 2°. en *causes occasionelles*, 3°. en *causes prochaines.*

Premier ordre. — *Causes prédisposantes.* On peut subdiviser ces causes en trois espèces; savoir : 1°. *hygiéniques;* 2°. *pathologiques;* 3°. *morales.* Nous allons les examiner successivement.

1°. *Causes prédisposantes hygiéniques.* Ces causes sont : l'*âge.* Plus particulière à l'enfance, cette maladie s'observe assez fréquemment chez l'adulte; mais on peut dire, en thèse générale, que plus on est proche de l'enfance plus on est susceptible de la contracter. Les deux *sexes* y sont indifféremment exposés. Le *tempérament* lymphatique paraît y prédisposer d'une manière notable, cependant les autres tempéramens n'en sont pas exempts. On l'observe assez fréquemment chez les individus sanguins. L'influence *atmosphérique* n'est point non plus à négliger pour expliquer la production de cette maladie. Ne sait-on pas, depuis les belles expériences de M. *Edwards*, que dans une atmosphère humide le travail perspiratoire, dont la peau et la membrane muqueuse des voies aériennes sont continuellement le siége, est réduit au minimum? N'est-il pas permis de croire que la sérosité dont le sang ne peut se débarrasser à la surface des tégumens internes et externes vient s'en séparer à la surface des séreuses? Une *nourriture* insuffisante, en affaiblissant les fonctions cérébrales, et en diminuant la proportion de la partie fibrineuse du sang, tandis qu'elle augmente sa partie séreuse, prédispose à l'hydrencéphale. C'est de la même manière qu'agissent les saignées fréquemment répétées. Les *boissons* alcoholiques, en portant directement

leur action irritante sur le cerveau, favoriseront aussi le développement de la maladie qui nous occupe.

2°. *Causes prédisposantes pathologiques.* On pourrait aussi les appeler *internes*, car toutes existent dans l'individu. Quoique moins nombreuses que celles que nous venons d'énumérer, elles influent quelquefois d'une manière plus directe sur le développement de l'hydrencéphale. Ainsi une tête volumineuse, une hypertrophie du ventricule gauche du cœur, un état tuberculeux général, la suppression d'une hémorrhagie habituelle, comme les règles, les hémorrhoïdes, etc., prédisposent évidemment à contracter cette maladie; elle survient aussi quelquefois à la suite des affections éruptives qui, comme la scarlatine, la rougeole, ne permettent pas à la peau d'exercer ses fonctions d'exhalation.

3°. *Causes prédisposantes morales.* On peut ranger parmi ces causes, les chagrins et la tristesse prolongés, concentrés, une joie subite, l'excès des travaux intellectuelles, etc., qui agissent en déterminant une congestion cérébrale, et par suite une inflammation des membranes du cerveau.

Deuxième ordre.—*Causes occasionnelles.* Elles sont très-nombreuses. Nous ne parlerons que de celles qui sont évidentes : ce sont les *coups*, les *chutes* sur la tête. Nous dirons, à l'occasion de ces causes, qu'il est d'observation que les commotions légères et superficielles du cerveau déterminent plus fréquemment l'hydrencéphale que celles qui sont violentes. *L'insolation.* Cette cause, peu fréquente dans les grandes villes, s'observe assez souvent dans les campagnes.

La *répercussion* d'un exanthème, d'un rhumatisme; la *métastase* d'une inflammation, surtout lorsqu'elle affecte une membrane séreuse, comme le péricarde, la plèvre, etc. *Jurine* dit avoir observé l'hydrencéphale dans un cas de péritonite puerpérale; certaines *affections du cerveau*, comme des tubercules, des kystes, des épanchemens

sanguins, soit dans la substance même du cerveau, soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'arachnoïde ; des granulations développées sur cette membrane, enfin l'hypertrophie des glandes de *Pacchioni*. Toutes ces altérations, en irritant mécaniquement l'arachnoïde, peuvent déterminer l'irritation de la pulpe cérébrale et consécutivement l'inflammation des ventricules. Il est inutile de dire que ces différentes causes prédisposantes ou occasionnelles agissent rarement seules ; mais que le plus souvent plusieurs se réunissent pour produire l'hydrencéphale.

Troisième ordre. — *Causes prochaines.* Les différentes causes que nous venons d'examiner tendent toutes, comme nous l'avons fait voir, d'une manière plus ou moins directe, plus ou moins puissante, à produire un effet commun, une fluxion, et par suite une inflammation de la séreuse qui tapisse les ventricules cérébraux, d'où l'hydropisie de ces cavités.

Anatomie pathologique. Les diverses lésions organiques que l'on observe à l'ouverture des individus qui ont succombé à l'hydrencéphale aiguë peuvent être rapportées à deux grands groupes. Dans le premier, nous placerons les lésions qui sont propres à la maladie ; dans le second, nous réunirons celles que l'on ne rencontre que d'une manière secondaire, soit qu'elles aient précédé l'hydrencéphale et qu'elles en aient été la cause, soit, au contraire, qu'elles l'aient suivi et qu'elles n'en aient été que l'effet.

1°. *Lésions essentielles à la maladie. — Habitude.* Le plus souvent l'extérieur des cadavres de ceux qui sont morts à la suite de l'hydrencéphale aiguë présente peu d'altération, à moins qu'elle n'ait succédé à une autre affection. A l'*ouverture du crâne*, on trouve l'arachnoïde desséchée, facile à déchirer et à enlever par lambeaux. Les vaisseaux de la pie-mère sont plus ou moins gorgés de sang ; les circonvolutions cérébrales sont aplaties. Si l'on écarte les deux hé-

misphères, on voit que le corps calleux est plus saillant, et qu'il est comme soulevé par un liquide. En pénétrant dans les ventricules, on les trouve distendus par l'accumulation d'un fluide aqueux, sans odeur, d'une saveur salée, d'une couleur tantôt citrine, tantôt rosée, quelquefois plus ou moins blanchâtre. Ce liquide est remarquable par ses propriétés chimiques, qui diffèrent de celles du produit des autres membranes séreuses ; en effet, il ne se coagule ni par la chaleur, ni par les acides, ni par l'alcohol ; il présente après l'évaporation un résidu brun, qui a donné à l'analyse pour cent parties : muriate de soude 96,5, eau 1,5, albumine 0,6, mucus 0,3, gélatine 0,9, phosphate de soude, quantité indéterminée.

Siége de l'épanchement. Il paraît exister dans tous les ventricules, plus fréquemment cependant dans les latéraux. Toutefois on le rencontre aussi entre les deux lames du septum médian (cinquième ventricule des auteurs), dans le *calamus scriptorius*, et dans le canal vertébral, ce que l'on explique très-bien depuis les beaux travaux de M. *Magendie* sur l'arachnoïde, travaux qui démontrent la communication existante entre les cavités cérébrales et le canal sous-arachnoïdien. Ce fait peut servir à expliquer une observation dans laquelle *Bonnet* dit que la sérosité contenue dans les ventricules se portait, suivant la position de la tête, dans le canal vertébral, et produisait alors immédiatement de la toux et de l'oppression ; il en est de même de cette autre phénomène relaté par les auteurs, qu'en comprimant la tumeur du *spina bifida*, on détermine aussitôt des symptômes de convulsion et de compression du cerveau.

Rien de plus variable que la quantité de sérosité renfermée dans les ventricules ; il peut y en avoir depuis une jusqu'à cinq à six onces. Cette quantité est en rapport avec la durée de la maladie et l'intensité de l'inflammation. Le liquide épanché peut être inégalement réparti dans les deux ventricules latéraux ; on l'a vu même n'exister que d'un seul côté. *Gall* en a nié la possibilité.

Lésions de l'arachnoïde. L'arachnoïde ventriculaire est aussi altérée dans sa texture; mince et diaphane dans son état naturel, elle devient opaque, se recouvre quelquefois de fausses membranes qui dénotent bien évidemment la nature inflammatoire de la maladie. La toile choroïdienne et les plexus choroïdes sont gorgés de sang et quelquefois comme ecchymosés.

Lésions de la substance cérébrale. Elle offre une infiltration remarquable, paraît plus molle, diffluente (œdème); tantôt elle est pâle et décolorée, et ses vaisseaux sont vides de sang; tantôt, quoique infiltrée de sérosité, elle est fortement pointillée de rouge, surtout dans les parois des ventricules. Telles sont les lésions que l'on observe dans la première période et le commencement de la seconde, et qui, si la maladie poursuit sa marche, se combinent avec celles qui appartiennent aux périodes suivantes, et que nous allons examiner. Mais, avant, nous croyons devoir parler d'une lésion qui s'observe fréquemment dans les deux premières périodes, et qui, si elle n'est pas essentielle à la maladie qui nous occupe, du moins lui est si fréquemment liée, que nous pensons devoir en faire mention : c'est l'inflammation de l'arachnoïde qui tapisse la base du cerveau, soit qu'elle s'y soit propagée des ventricules par continuité de tissu au moyen du plexus choroïde et de la toile choroïdienne, soit qu'elle y ait existé primitivement. Quoi qu'il en soit, l'arachnoïde qui recouvre l'aqueduc de *Sylvius*, l'entrecroisement des nerfs optiques, le pourtour du cervelet et le commencement de la moelle épinière, est opaque, granulée et couverte de fausses membranes. Assez souvent on y trouve une couche gélatineuse, que M. *Martinet* regarde comme de la suppuration. C'est surtout au voisinage du carré des nerfs optiques que l'on observe cette infiltration particulière, qui n'est jamais très-étendue.

Revenons maintenant aux lésions que l'on observe dans les périodes plus avancées. Les parois des ventricules, qui n'offraient d'abord qu'une congestion sanguine plus ou moins considérable, s'enflamment, se ramollissent, et deviennent quelquefois diffluentes. Le ra-

mollissement affecte plus souvent la paroi inférieure, et surtout les couches optiques, les corps striés et la cavité digitale. Ordinairement il est porté au plus haut degré dans le trigone cérébral et le *septum lucidum*, qui peut être détruit. De nombreux flocons blanchâtres nagent dans la sérosité, qui peut passer facilement de l'un des ventricules dans l'autre. Ce ramollissement est-il le résultat de la macération de la substance cérébrale dans la sérosité? Nous ne le pensons pas. En effet, il peut s'observer sans qu'il y ait la moindre trace d'épanchement; de plus, dans l'hydrocéphale congénitale on ne l'observe jamais.

Lésions secondaires. On peut placer en première ligne, sous le rapport de la fréquence, des granulations lenticulaires grises développées dans la pie-mère; viennent ensuite l'hypertrophie des glandes de *Pacchioni*, des kystes de différente nature, des tubercules dans plusieurs parties du cerveau, des épanchemens sanguins ayant leur siége dans cet organe ou dans la moelle épinière. *Whytt* a rencontré chez un sujet la glande pituitaire squirrheuse, et chez un autre une tumeur de même nature dans les couches optiques.

Définition. Après avoir ainsi exposé d'une manière aussi complète qu'il nous a été possible les diverses altérations que l'on observe à la suite de l'hydrencéphale aiguë, nous croyons pouvoir la définir : une inflammation primitive ou secondaire ayant son siége dans la membrane interne des ventricules et la couche de la substance cérébrale sous-jacente, déterminant un épanchement séreux plus ou moins considérable, qui, lorsque la maladie se prolonge, peut être accompagné de ramollissement des parois des ventricules à une plus ou moins grande profondeur.

Symptomatologie. Pour mettre plus d'ordre dans la classification des symptômes, nous diviserons, avec *Whytt* et les auteurs qui l'ont suivi, la marche de la maladie en trois périodes, à chacune desquelles nous rapporterons les symptômes qui la caractérisent.

Première période ou *période d'irritation.* Rarement la maladie débute tout à coup et sans symptômes précurseurs. Des prodromes qui n'ont rien de particulier, et qui s'observent dans nombre d'autres affections aiguës, apparaissent ordinairement. Mais ce n'est guère qu'après quelques jours d'incertitude entre la santé et la maladie que la céphalalgie se fait sentir dans toute son intensité : tantôt elle existe à la région susorbitaire, tantôt à la région occipitale, d'autres fois elle ressemble à une sorte de vibration qui irait d'une tempe à l'autre; rarement elle occupe la totalité de la tête. Ces douleurs sont aiguës, vives, déchirantes, ou offrent la sensation d'un bandeau qui comprime fortement la tête : jamais elles ne persistent au même degré; elles augmentent surtout le soir. A ces douleurs de tête se joignent presque constamment des nausées, des vomissemens qui se renouvellent plus ou moins fréquemment et augmentent la céphalalgie.

La sensibilité générale est accrue ; les malades supportent difficilement la lumière ; leurs yeux sont rouges, injectés ; le moindre bruit les incommode ; ils ont l'esprit chagrin, le sommeil inquiet, agité, interrompu par des rêves effrayans ; ils délirent parfois, mais momentanément ; s'agitent en tout sens, portent çà et là leur tête sur leur oreiller, ou bien l'y tiennent fortement fixée ; si on leur demande pourquoi ils ne cessent de se tourner ainsi, ils ne peuvent en dire la cause. Dès le début, la face des malades, tantôt pâle, tantôt colorée, offre un peu de langueur sans altération notable, si ce n'est dans les momens d'exacerbation : alors les traits se contractent et expriment une vive angoisse ; ils poussent des cris plaintifs, que M. *Coindet* a nommés *cris hydrencéphaliques.*

La respiration et la circulation sont légèrement accélérées, la chaleur est augmentée ; la peau est tantôt aride, tantôt couverte d'une sueur soit locale, soit générale. Les malades sont pris quelquefois de diarrhée, mais le plus souvent ils sont constipés.

Cette période, terme moyen, dure de cinq à huit jours.

Deuxième période ou *période d'exhalation.* Ordinairement plus longue que les deux autres, cette période offre aussi des caractères plus tranchés et qui pourraient, jusqu'à un certain point, être regardés comme pathognomoniques : nous voulons parler de cette sorte de prostration qui affecte tout les systèmes de l'économie. Le pouls se ralentit ; ainsi, de quatre-vingt à quatre-vingt-dix pulsations qu'il donnait par minutes, il descend à cinquante et même quarante ; il perd aussi de sa régularité et varie du soir au matin.

La respiration est douce, peu fréquente : de temps en temps le malade éprouve le besoin de respirer ; il exécute de suite plusieurs mouvemens d'expiration et d'inspiration, comme si la nécessité de l'hématose se faisait sentir. La chaleur, qui est liée d'une manière si directe à cette fonction, est diminuée ou reste à l'état naturel. Les sécrétions sont presque entièrement supprimées ; les narines, arides, sont remplies de mucosité desséchée ; les urines sont rares, la contipation est presque toujours constante.

La sensibilité des malades est diminuée ; aussi, presque toujours à cette époque la céphalalgie est moindre ; les vomissemens ont ordinairement cessé. Les pupilles, largement ouvertes, sont peu sensibles à la lumière ; si l'on approche un corps lumineux des yeux, elles se rétrécissent d'abord, puis se dilatent convulsivement, en offrant des mouvemens d'oscillations excentriques ; enfin elles restent dilatées malgré la persistance de cet excitant. Les malades sont presque constamment assoupis, mais on les réveille facilement ; le plus souvent ils retombent aussitôt dans cette espèce d'engourdissement que l'on éprouve au matin lorsque, reposé, on désire dormir encore, et qu'on s'en trouve empêché par quelque cause externe trop légère pour réveiller complètement, et suffisante pour réveiller à moitié. Les malades entendent les questions qu'on leur adresse, et y répondent jusqu'à un certain point ; s'il ne faut qu'un mot, qu'un mouvement simple, il est assez juste ; mais si ce que l'on demande exige une certaine liaison dans les idées ou de l'application, ils paraissent n'avoir pas entendu, ou s'embrouillent, et marmottent quelques mots de réponse ;

ils portent souvent leurs mains à leur tête, en se plaignant et poussant des cris aigus, déchirans; si on les interroge sur le sujet de leurs plaintes, ils répondent qu'ils n'ont rien. Ils ont fréquemment des tournoiemens, des hallucinations, voient les objets doubles, ou bien ont la sensation d'objets qui n'existent pas et qu'ils cherchent à saisir. A ces symptômes carphologiques se joignent des mouvemens automatiques, au moyen desquels les malades tirent continuellement leurs draps; décubitus sur le dos, abolition des forces musculaires. A cette époque on remarque fréquemment des mouvemens convulsifs, des contractures dans les muscles soumis à la volonté, non-seulement au visage, mais dans les différentes parties du corps, au cou, à la partie postérieure du tronc, aux avant-bras, etc. Mais presque toujours alors l'hydrencéphale aiguë coexiste avec l'inflammation des méninges de la base du cerveau et de l'arachnoïde rachidienne, ce qui nous porte fortement à penser que l'arachnoïde des ventricules a eu l'initiative.

Cette période dure de sept à dix jours; on l'a vue quelquefois ne pas exister : dans ce cas, la troisième période se montre immédiatement après la première.

Troisième période ou *période de collapsus.* La plus courte des trois. La céphalalgie cesse complètement. Les autres symptômes dont nous avons déjà parlé s'aggravent; la prostration est considérable. Le pouls, de rare et d'irrégulier qu'il était, se relève successivement, et va jusqu'à donner cent trente à cent soixante pulsations par minute; à mesure qu'il devient plus fréquent, son irrégularité disparaît. La sensibilité des malades est profondément altérée; les pupilles, énormément dilatées, sont insensibles à la lumière; le globe de l'œil est pris de mouvemens convulsifs, il se porte en haut et en dedans; strabisme, quelquefois paralysie de la paupière d'un côté, l'autre jouissant de ses mouvemens; les yeux se couvrent d'un enduit visqueux. La somnolence devient plus profonde. Les malades marmottent entre leurs dents, ils paraissent entendre encore, mais ils ont

perdu la faculté de parler. Si on veut les retirer de leur assoupissement, il faut les remuer fortement; ils poussent des plaintes et portent automatiquement leurs mains vers leur tête. Mais bientôt un coma profond s'empare des malades; leurs membres sont frappés de paralysie, soit locale, soit générale; quelquefois une partie du corps est paralysée, et l'autre est prise de convulsions. On a rencontré chez des malades une sorte de paralysie intermittente, qui paraissait subordonnée à la position plus ou moins déclive de la tête, pourvu toutefois que cette position fût prolongée pendant un certain temps. La paralysie peut s'étendre à l'œsophage, et la déglution devient alors impossible. Les sécrétions sont complètement suspendues. La langue devient sèche, râpeuse; la peau est chaude, aride; les traits tirés vers le nez; les lèvres s'arrondissent, deviennent violacées; le malade n'a plus le sentiment de rien; bientôt sa respiration s'embarrasse, devient stertoreuse, quelquefois convulsive. La circulation est dans un grand désordre; le cœur bat d'une manière tumultueuse; le pouls peut à peine être apprécié, tant il est faible et fréquent. Si les muscles étaient contractés, il survient un relâchement général; une sueur froide, visqueuse, ruissèle du front et de la poitrine; les extrémités se refroidissent, le ventre se météorise, et le malade s'éteint.

Cette période dure de trois à quatre jours. A voir l'ordre dans lequel nous venons d'énoncer les phénomènes morbides qui accompagnent cette maladie, on pourrait croire que rien n'est plus facile que d'en reconnaître les différentes phases; mais il faut avouer qu'il est souvent difficile, pour ne pas dire impossible, de déterminer le passage de l'une à l'autre; cela tient à ce que chacune d'elles ne s'accompagne pas toujours de tous les symptômes qu'on lui assigne, et qu'un seul ne suffit pas pour caractériser une période; en outre, les symptômes de la deuxième et de la troisième période se confondent quelquefois entr'eux, rarement ceux de la première et de la troisième, assez fréquemment ceux de la première et de la seconde.

Physiologie pathologique. Nous entendons par ces expressions la théorie, l'explication des symptômes dont la réunion forme le diagnostic de l'hydrencéphale aiguë. Dans cet article nous avons pour but de déterminer si chaque phénomène prend sa source dans des altérations organiques déterminées, ou bien, au contraire, s'ils ne dépendent pas de lésions constantes. Pour cela, nous passerons en revue les principaux symptômes que présente l'hydrencéphale aiguë, et nous les mettrons en parrallèle avec les lésions auxquelles on a attaché le plus d'importance.

Céphalalgie. Ce symptôme dépend évidemment d'une sorte de turgescence, d'éréthisme du cerveau. Différente de la douleur que font éprouver les autres organes, elle cesse dans la période de collapsus, non que la cause soit moindre, mais bien parce que, devenue plus intense, elle finit par anéantir la sensation douloureuse. Le siége de la douleur n'indique pas toujours celui de la lésion.

Vomissemens. Ils s'expliquent facilement par les nombreux rapports sympathiques qui existent entre le cerveau et l'estomac, rapports auxquels le nerf pneumo-gastrique n'est certainement pas étranger.

Dilatation des pupilles. Ce symptôme coexiste souvent avec l'épanchement des ventricules; en effet, on a trouvé une pupille dilatée, le ventricule du côté opposé étant distendu par de la sérosité, mais aussi on a trouvé une seule pupille dilatée coexistant avec la dilatation des deux ventricules : peut-être alors l'épanchement était-il inégalement réparti dans ces deux cavités. On a rencontré aussi, mais plus fréquemment, les deux pupilles dilatées, les deux ventricules étant distendus. On doit dire que cette dilatation des pupilles s'observe souvent avec toutes ses irrégularités dans certaines affections du canal digestif.

Rotation du globe de l'œil, strabisme. Ces symptômes paraissent être dus à la suppuration de la base du cerveau; nous les avons ob-

convulsions et de contractures dans les muscles du cou et de la partie postérieure du tronc, etc., ce qui n'a jamais lieu que dans les périodes de l'hydrencéphale aiguë qui suivent la première.

La céphalalgie, l'anorexie, les nausées, les vomissemens, qui se montrent dans cette première période de l'hydrencéphale aiguë peuvent, jusqu'à un certain point, simuler la gastrite; mais on évitera de les confondre, si on observe que dans l'inflammation de l'arachnoïde ventriculaire le malade ne présente point les autres symptômes qui caractérisent la fièvre bilieuse. A ces signes différentiels on peut ajouter les cris *hydrencéphaliques* notés par quelques auteurs.

Toutefois, nous devons faire remarquer que ces maladies peuvent exister simultanément, et qu'alors c'est en analysant avec soin les symptômes que l'on observe que l'on parvient à connaître ce qui appartient à chacune de ces affections.

Le caractère presque pathognomonique de l'hydrencéphale aiguë arrivée à la *deuxième période* est la rareté et l'irrégularité du pouls, que l'on rencontre aussi dans plusieurs affections, telles que l'apoplexie, la commotion cérébrale et l'ictère; mais l'hémiplégie plus ou moins complète, survenue subitement, fera reconnaître l'apoplexie; dans la commotion, la connaissance de la cause suffira pour faire éviter toute méprise; enfin, l'inspection seule du malade ne laissera aucun doute sur l'existence de l'ictère.

Nous ajouterons que cette rareté du pouls existe habituellement chez certains individus.

Lorsque l'hydrencéphale aiguë coexiste avec une gastro-entérite, ce qui arrive assez fréquemment, on n'observe pas la rareté du pouls dans la seconde période.

Troisième période. Il est assez facile d'en établir le diagnostic, lorsqu'elle succède à la marche régulière des deux autres; en, effet le pouls, de rare et irrégulier qu'il était, devient successivement fréquent et régulier. Nous devons dire cependant qu'il en est autrement

si on n'a pas vu le malade antérieurement; alors on peut très-bien confondre l'hydrencéphale aiguë avec plusieurs autres affections du cerveau qui, amenant à leur suite un seul et même résultat, la désorganisation de cet organe, et parconséquent l'abolition de ses facultés, doivent se présenter à cette période avancée sous un aspect semblable.

Prognostic. Il est en général des plus fâcheux; il varie suivant la nature des causes qui ont produit la maladie; il est d'autant plus grave que celle-ci s'est montrée plus brusquement et qu'elle parcourt ses périodes avec plus de rapidité. Il faut aussi tenir compte de l'âge et de la constitution des malades, des complications qui sont survenues, soit qu'on les regarde comme causes, soit que, au contraire, on les considère comme effets. On doit redouter une issue funeste toutes les fois que l'hydrencéphale aiguë succède à des coups reçus sur la tête depuis quelque temps ou à des maladies qui ont épuisé les forces de l'économie. La gravité du prognostic varie aussi suivant que l'affection est plus ou moins avancée : ainsi, à mesure qu'elle fait des progrès les chances de guérison diminuent. Une fois la fréquence du pouls survenue, il n'y a plus rien à espérer. Le médecin doit toujours se tenir en garde contre ces apparences trompeuses d'amélioration qui surviennent quelquefois dans le cours de la troisième période; le malade, qui était plongé dans un état profond de somnolence, semble revenir à lui; il a la conscience de son existence : on le croit mieux; mais bientôt la mort vient dissiper cette faible lueur d'espérance.

Traitement. Nous ne prétendons pas traiter ici de tous les moyens qui ont été préconisés contre l'hydrencéphale aiguë; spécifiques plus ou moins éventuels, ils font souvent perdre un temps malheureusement irréparable. Pour nous, l'unique spécifique c'est le traitement rationnel qu'indique la marche et la succession des symptômes.

Dans l'ordre que nous adopterons pour l'exposition des moyens thérapeutiques, nous parlerons d'abord de ceux qui sont les plus efficaces, et successivement des autres, notant avec soin l'époque de la maladie où il convient d'avantage de les employer.

1°. *Saignées générales.* Moyen le plus puissant et sur lequel on a le plus de droit de compter, surtout chez les sujets robustes. Les veines des membres seront largement ouvertes; on pratiquera la saignée des saphènes, dont les effets ont été justement appréciés par les meilleurs observateurs qui ont écrit sur les affections de l'encéphale et de ses dépendances.

2°. *Saignées locales.* Aux saignées générales on doit faire succéder les saignées locales; et même, chez les sujets faibles, sans énergie, auxquels on ne peut sans inconvénient tirer une trop grande quantité de sang, les sangsues devront seules être employées. On devra les appliquer sur le trajet des jugulaires, sur les apophyses mastoïdes, à à la nuque. Leur nombre doit être subordonné à l'intensité de l'inflammation et surtout à la vigueur de l'individu.

Les émissions sanguines devront être faites dans la première et la seconde période. La débilité du système circulatoire qui survient dans cette dernière n'est point radicale, mais elle tient à la compression du cerveau. En général, on ne devra les employer qu'avec la plus grande circonspection; car on sait que poussées trop loin, surtout chez les individus lymphatiques, elles favorisent l'épanchement séreux.

3°. *Ventouses.* Chez les sujets faibles et délicats, quelques ventouses sèches ou légèrement scarrifiées, appliquées dans les endroits où l'on place les sangsues, pourront être conseillées avec avantage.

4°. *Compression des carotides.* Dans un cas où les évacuations sanguines

étaient contr'indiquées, M. *Blaud*, de Beaucaire, exerca la compression sur les carotides, et s'en trouva très-bien. La facilité avec laquelle cette compression peut être exercée, son efficacité et son innocuité, nous font regretter que ce moyen n'ait pas fixé d'une manière plus spéciale l'attention des praticiens.

5°. *Applications d'eau froide sur la tête.* On ne doit les employer que dans la première et dans le commencement de la seconde période, conjointement avec les évacuations sanguines et les dérivatifs. L'eau froide, appliquée sur la tête du malade, le soulage beaucoup ; mais on doit en continuer l'usage avec persévérance et en diminuer progressivement la température. Sa suppression instantanée ne peut avoir que les plus funestes résultats ; aussi doit-on dire que le froid entre des mains habiles est un moyen précieux, mais souvent mortel entre des mains inhabiles.

6°. *Affusions d'eau froide.* Employées beaucoup chez les étrangers ; M. le professeur *Récamier* est le premier qui les ait préconisées en France. Elles paraissent avoir une action sédative sur la peau, qui réagit sympathiquement sur le cerveau. On conçoit qu'elles ne peuvent être employées que dans la première et la seconde période. A quoi serviraient-elles dans la troisième, où tout espoir de salut est perdu, et où les désordres organiques sont portés trop loin pour qu'on puisse espérer de les surmonter. En général, c'est lorsque la maladie a été enrayée par des évacuations sanguines que l'action des affusions est plus efficace. La température que l'on donne à l'affusion est de 14° à 16° + o cent.. Si la susceptibilité du malade est trop vive, et que l'on ait sujet de craindre l'effet de l'impression trop prompte, trop instantanée d'un certain abaissement de température, il convient de porter l'eau de 24° + à 26° + o. cent. Les affusions devront durer de trois à cinq minutes ; quelquefois quatre à cinq affusions suffisent pour rappeler l'ordre ; d'autres fois il faut les réitérer dix à quinze

fois pour surmonter l'aberration d'irritation dont le cerveau est le siége.

7°. *Révulsifs.* Ils devront être employés immédiatement après les saignées générales, et même concurremment avec les saignées locales.

1°. *Les bains de pieds* devront être portés jusqu'à 24+0. therm. cent. Ils dureront de dix à douze minutes, et on les répétera deux à trois fois par jour. On les rendra plus irritans par l'addition du sel marin, de la moutarde, de l'acide hydrochlorique, etc.

2°. *Les sinapismes* agissent de la même manière que les pédiluves, seulement avec plus d'intensité. Ils déterminent quelquefois, chez les individus sanguins très-irritables, une réaction générale qui favorise la congestiou alors même qu'on veut la diminuer.

3°. *Les vésicatoires* ont les mêmes avantages et les mêmes inconvéniens que les sinapismes. On les applique à la partie interne des cuises, aux jambes, à la nuque, et même sur le sommet de la tête préalablement rasée. On a conseillé aussi la cautérisation syncipitale, soit avec la potasse caustique, soit avec la pommade ammoniacale du docteur *Gondret*.

4°. *Purgatifs.* Dans une maladie si grave, il n'est pas de partie du corps qu'on ne doive exciter pour tâcher d'y faire converger les efforts de la vie, et empêcher ainsi qu'ils ne se concentrent vers l'organe menacé. Ces moyens doivent surtout être employés vers la fin de la première et dans la seconde période de la maladie, après avoir préalablement mis en usage les évacuations sanguines. Les purgatifs qui jouissent d'une sorte de prédilection sont le calomélas, l'huile de ricin, les sels neutres auxquels on a ajouté des drastiques.

5°. *Emétique.* Laennec assure avoir obtenu de brillans succès de l'émétique à haute dose dans le traitement de l'hydrencéphale aiguë : M. *Guersent*, au contraire, dit qu'il ne lui a jamais réussi. Cette différence dans les résultats obtenus tient sans doute à ce que ces deux praticiens ont administré ce médicament dans des périodes plus ou moins avancées.

6°. *Frictions mercurielles.* Pratiquées sur la mâchoire inférieure, elles pourraient être suivies de succès ; mais l'état de compression dans lequel se trouve le cerveau, et par suite la racine des nerfs, rendant beaucoup plus difficile la salivation, il faudrait, pour la produire, saturer pour ainsi dire l'économie de mercure.

Tels sont les principaux révulsifs qui ont été proposés contre l'hydrencéphale aiguë. Lorsque l'éréthisme inflammatoire est tombé, on peut en continuer l'emploi jusqu'à la période la plus avancée de la maladie.

Nous passerons maintenant à l'exposition des moyens qui autrefois étaient presque exclusivement employés : nous voulons parler des antispasmodiques et des excitans.

7°. *Antispasmodiques.* Le musc, le camphre, l'éther et plusieurs autres antispasmodiques ont été conseillés dans toutes les périodes de l'hydrencéphale aiguë ; mais ils ne devront être administrés (si toutefois on les emploie) que dans la troisième période, plutôt pour soutenir la vie et ranimer les forces vitales prêtes à s'éteindre, que comme des moyens sur lesquels on puisse compter.

8°. *Excitans.* Que doit-on dire du vin, du phosphore, du quinquina, etc. ?

9°. *Moyens diététiques.* A peine est-il besoin de dire que la diète la plus sévère doit être observée. On devra administrer les boissons

dites *délayantes*, telles que l'eau de veau, la limonade, le petit-lait, etc., qui toutes pourront être modifiées selon le goût du malade. On aura soin de faire coucher celui-ci dans un appartement frais, éclairé par une douce lumière ; il aura la tête soulevée par des oreillers ; on évitera ainsi, ou plutôt on diminuera la congestion vers le cerveau ; on éloignera soigneusement tout ce qui pourrait exciter la sensibilité du malade.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque salutis, neque mortis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

II.

Validam quidem apoplexiam curare est impossibile, debilem verò non facile. *Ibid.*, *aph.* 39.

III.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio contingit *Sect.* 5, *aph.* 32.

IV.

Mulieri, menstruis deficientibus, sanguis ex naribus profluens, bono est. *Ibid.*, *aph.* 38.

V.

Mulieri si velis menstrua sistere, cucurbitam quàm maximam ad mammas appone. *Ibid*, *aph.* 50.

VI.

Leucophlegmatia detento, si vehemens diarrhæa succedat, morbum solvit *Sect.* 7, *aph.* 27.